一般皮膚科　　問診票

年　　月　　日

ふりがな		男・女	年齢	歳
氏名		生年月日	M・T・S・H・R　　年　月　日	
住所	〒（　　ー　　）			
電話番号	自宅：　　携帯：		職業	

1. 以前に佐々木皮膚科に通院されたことはありますか？

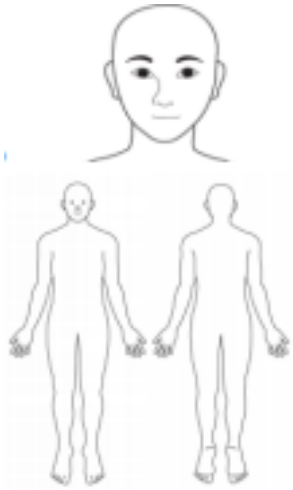
   □はい　□いいえ

2. 症状が出たのはいつからですか？

   （　　）

3. どのような症状ですか？ 部位はどこですか？（右図に印をつけてください）

   （　　）



4. 上記の症状で、これまでに治療を受けられたことはありますか？

   □はい　□いいえ
   「はいの方」→ 病院名 ：
   処方薬：

5. 現在治療中の病気はありますか？ → □いいえ　□はい ＊お薬手帳の提示をお願い致します

   （　　）

6. 精神神経科および心療内科の通院歴や現時点での通院、内服薬はありますか？　□あり　□なし

7. アレルギーをお持ちですか？ □いいえ　□はい

   □アトピー　□金属　□花粉（　　）　□食物（　　）　□薬剤（　　）
   □その他（　　）

8. 女性の方で該当される方のみご記入ください。現在妊娠している可能性はありますか？

   □いいえ　□可能性あり　□妊活中　□妊娠　ヶ月（出産予定日： 月　日 ）　□授乳中

9. 診療や治療に関するご希望などあればご記入ください。

10. 来院されたきっかけを教えてください。

    □ホームページ □看板 □タウン誌 □ご家族様の紹介 □紹介（知人・病院：　　）　その他（　　）

ご協力ありがとうございました。

佐々木皮膚科